



UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA

Facultad de
ENFERMERÍA

CONOCIMIENTOS SOBRE FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR Y
EL AUTOCUIDADO EN ADULTOS CON ENFERMEDADES CRÓNICAS NO
TRANSMISIBLES, EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN CARHUAZ, 2026

KNOWLEDGE ABOUT CARDIOVASCULAR RISK FACTORS AND
SELF - CARE IN ADULTS WITH NON - COMMUNICABLE CHRONIC
DISEASES, AT THE FIRST LEVEL OF CARE IN CARHUAZ, 2026

TRABAJO ACADÉMICO PARA OPTAR POR EL TÍTULO DE ESPECIALISTA
EN ENFERMERÍA EN CUIDADO CARDIOVASCULAR

AUTOR

ANA BEATRIZ ESCUDERO CHAVEZ

ASESOR

YUDY ORFILIA SALAZAR ALTAMIRANO

LIMA – PERÚ

2026

ASESOR DEL TRABAJO ACADÉMICO

ASESOR

Mg. YUDY ORFILIA SALAZAR ALTAMIRANO

Departamento Académico de la Facultad de Enfermería

CODIGO ORCID: 0000-0002-6748-0710

Fecha de aprobación: 15 de mayo del 2026

Calificación: aprobado

DEDICATORIA

A Dios, por ser la fuerza espiritual que mueve mi vida, por llenar de fortaleza mi corazón y demostrarme siempre que con perseverancia, dedicación y disciplina podemos cumplir nuestros sueños. A mis padres: Ana y Alberto, quienes me criaron con tanto amor, e impulsan siempre a seguir creciendo y forjándome personal y profesionalmente y a quienes amo infinitamente. A mis hijos: Saúl, Piero e Itzel; quienes son mi fuente de amor inconmensurable y mi motivación más grande en la vida para lograr mis sueños y metas. A mi querida abuelita Graciela, por ser mi fuente de inspiración para realizar este proyecto de investigación; a mis hermanas María Olivia y Paola Eleonor, por su amistad incondicional a pesar de los años y por ser aquellas personas a las que siempre puedo acudir sin importar las circunstancias.

AGRADECIMIENTO

Al Divino Hacedor, por permitirme culminar con éxito esta etapa de superación profesional. A la Mg. Salazar Altamirano, Yudy Orfilia, por sus enseñanzas, su tiempo y su predisposición de apoyo en el desarrollo de mi proyecto de investigación.

FUENTES DE FINANCIAMIENTO

El presente trabajo académico será autofinanciado por la autora.

DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERÉS

La autora declara no tener conflicto de interés.

DECLARACIÓN DE ORIGINALIDAD



UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA

DECLARACIÓN DE ORIGINALIDAD

La egresada:

N°	APELLIDOS Y NOMBRES
1.	ESCUDERO CHAVEZ ANA BEATRIZ

Perteneciente al programa de **SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN ENFERMERÍA EN CUIDADO CARDIOVASCULAR** autora del trabajo titulado: **CONOCIMIENTOS SOBRE FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR Y EL AUTOCUIDADO EN ADULTOS CON ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES, EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN CARHUAZ, 2026** el cual ha sido elaborado, sustentado y aprobado, según corresponda, para optar por el **TÍTULO DE ESPECIALISTA EN ENFERMERÍA EN CUIDADO CARDIOVASCULAR** bajo la modalidad de **TRABAJO ACADÉMICO**.

En calidad de docente asesor de la Universidad Peruana Cayetano Heredia:

N°	APELLIDOS Y NOMBRES DEL DOCENTE	FACULTAD	NIVEL DE ASESORÍA
1.	SALAZAR ALTAMIRANO YUDY ORFILIA	ENFERMERÍA	ASESOR

Declaro que el contenido del presente documento es original y que las citas y referencias a otros autores cumplen con las normas académicas establecidas. En ese sentido, hago constar que:

- El documento presenta un porcentaje de similitud de **19 %**, según el reporte emitido por el software **Turnitin®** (identificador de entrega: **trn:oid:::1:3599669801**; fecha de entrega: **22-06-2026**).
- Tras una revisión detallada del reporte y del contenido del trabajo en cuestión, no se han identificado indicios de plagio.
- Se certifica que el documento respeta los principios de integridad académica y cumple con los requisitos institucionales de originalidad.

Lugar y fecha: **Lima, 22 de junio del 2026.**

Firma del asesor
N° DNI: 19918401
ORCID: 0000-0002-6748-0710



TABLA DE CONTENIDOS

Pág.

RESUMEN

ABSTRACT

I.	INTRODUCCIÓN	1
II.	OBJETIVOS	20
III.	MATERIALES Y MÉTODOS.....	21
IV.	PRESUPUESTO Y CRONOGRAMA	28
V.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	30

ANEXOS

RESUMEN

El Perú ha logrado avances importantes en el manejo de las enfermedades crónicas no transmisibles, todavía existen grandes vacíos en el conocimiento de los pacientes y en la puesta en práctica de hábitos de autocuidado. Muchas personas con hipertensión, diabetes tipo 2 o dislipidemias no comprenden del todo sus factores de riesgo, lo que se traduce en altos índices de mortalidad. Esta distancia entre lo que los pacientes saben y lo que realmente hacen para cuidarse constituye un problema crítico. Un autocuidado adecuado marca la diferencia: mejorar el control metabólico, reducir complicaciones y elevar la calidad de vida. **Objetivo:** Determinar la relación del nivel de conocimiento sobre factores de riesgo cardiovascular y el autocuidado en adultos con enfermedades crónicas no transmisibles, en el primer nivel de atención en Carhuaz, 2026. **Material y métodos:** Diseño no experimental, cuantitativo, tipo correlacional, prospectivo y de corte transversal. La muestra estará conformada por 196 adultos cifra que asegura representatividad estadística en el estudio. Para recopilar la información se emplearán 3 cuestionarios estructurados sobre datos sociodemográficos, conocimientos sobre factores de riesgo cardiovascular organizados en tres dimensiones con clasificación del nivel de conocimiento. Este instrumento ha reportado una validez de contenido mediante juicio de expertos con un índice de **0.90** (V de Aiken). Se aplicará una escala de autocuidado en ECNT de 25 ítems tipo Likert. Se reporta un alfa de Cronbach de 0.88, lo que indica una excelente estabilidad en las respuestas de los participantes.

Palabras claves: conocimientos, factores de riesgo cardiovascular, autocuidado, hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2.

ABSTRACT

Peru has made important progress in the management of chronic non-communicable diseases; there are still large gaps in patients' knowledge and in the implementation of self-care habits. Many people with hypertension, type 2 diabetes or dyslipidemia do not fully understand their risk factors, which results in high mortality rates. This gap between what patients know and what they actually do to care for themselves is a critical problem. Adequate self-care makes a difference: improving metabolic control, reducing complications and increasing quality of life. **Objective:** determine the relationship between the level of knowledge about cardiovascular risk factors and self-care in adults with chronic non-communicable diseases, at the first level of care in Carhuaz, 2026. **Material and methods:** non-experimental, quantitative, correlational, prospective and cross-sectional design. The sample will be made up of 196 adults, a figure that ensures statistical representativeness in the study. To collect the information, 3 structured questionnaires will be used on sociodemographic data, knowledge about cardiovascular risk factors organized in three dimensions with classification of the level of knowledge. This instrument has demonstrated content validity through expert judgment with an index of 0.90 (Aiken's V). A 25-item Likert-type self-care scale for non-communicable diseases will be administered. A Cronbach's alpha of 0.88 was reported, indicating excellent stability in participant responses.

Keywords: knowledge, cardiovascular risk factors, self-care, high blood pressure, type 2 diabetes mellitus.

I. INTRODUCCIÓN

El rol de la enfermería cardiovascular en el primer nivel de atención es la dirección y liderazgo orientadas a las necesidades de los pacientes, crea la oportunidad para optimizar el conocimiento de los fenómenos, los problemas de salud y favorece a la identificación de los riesgos para el bienestar de la población, la aplicación de los modelos teóricos de enfermería orienta las acciones del personal hacia la promoción de conductas saludables, asimismo, estas teorías facilitan la comprensión de las conductas humanas vinculadas con las enfermedades cardiovasculares (ECV) y sus factores de riesgo (1).

Según la Organización Mundial de la Salud (2), las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) en especial las cardiovasculares, se han convertido en uno de los grandes retos de la salud pública del siglo XXI. No solo afectan a países desarrollados, sino también a naciones de ingresos medios como el Perú. Estas condiciones impactan profundamente en la vida de las personas: generan complicaciones que pueden llevar a la discapacidad, aumentan el riesgo de muerte prematura y representan una carga económica considerable tanto para los sistemas de salud como para las familias que deben afrontar sus cuidados (2).

En Latinoamérica, las ECNT provocan alrededor de 5.5 millones de muertes cada año, lo que representa el 81% de todas las defunciones en la región. Un dato alarmante es que el 32% de estas muertes ocurre en personas menores de 70 años, afectando directamente a la población en edad productiva y generando un impacto económico y social considerable (2).

En Perú, el Ministerio de Salud señala que la HTA afecta al 22.1% de adultos, la DM2 al 7.2%, la obesidad ($IMC \geq 30$) alcanza al 22.3%, el colesterol elevado afecta

al 18.6%, el sedentarismo llega al 65.4% de la población adulta teniendo un gran impacto en la salud pública y la calidad de vida (3).

Las ECNT afectan de manera integral tanto a los pacientes como al sistema de salud, son responsables del impacto clínico, de complicaciones graves como ceguera, insuficiencia renal crónica, amputaciones no traumáticas y enfermedad cerebrovascular (2).

El Ministerio de Salud del Perú afirma que, dentro de las enfermedades crónicas, las cardiovasculares ocupan un lugar central porque son la principal causa de muerte en el mundo y en el Perú. Lo preocupante es que muchas de ellas están estrechamente relacionadas con factores de riesgo que sí pueden modificarse, como: una alimentación poco saludable, la falta de actividad física, el hábito de fumar o el consumo excesivo de alcohol. En este contexto, el nivel de conocimiento que tienen los pacientes sobre estos riesgos y su capacidad para poner en práctica acciones de autocuidado se convierten en elementos decisivos para prevenir complicaciones y mantener una mejor calidad de vida (4).

En el 2026, las ECNT seguirán siendo el principal problema de salud pública en Perú, con estadísticas que muestran un aumento respecto a años anteriores: el 23,4% de los adultos padece hipertensión, el 8,1% tiene diabetes tipo 2 y el 24,7% padece obesidad. La mortalidad cardiovascular es alta en Perú, con 101,2 muertes por cada 100.000 habitantes (4).

La Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) de 2024, ha mostrado que cerca de un tercio de los adultos presenta hipertensión arterial. Estas cifras reflejan que el riesgo cardiovascular está íntimamente ligado a los cambios en estilos de vida, la transición nutricional y la urbanización acelerada (5).

La provincia de Carhuaz enfrenta retos particulares: su población, mayoritariamente rural y dedicada a la agricultura y ganadería, tiene un acceso limitado a servicios especializados, además de barreras idiomáticas por la presencia de comunidades quechua hablantes. En este contexto, el establecimiento de salud I-3 se convierte en el principal punto de atención para pacientes crónicos, siendo la puerta de entrada a los servicios de salud y un espacio clave para la prevención y el control de estas enfermedades (6).

El conocimiento que tienen los pacientes sobre los factores de riesgo cardiovascular y la manera en que lo aplican en su vida diaria a través del autocuidado son piezas fundamentales para controlar estas enfermedades. El presente proyecto de investigación busca comprender cómo se relacionan ambos aspectos en un contexto muy concreto: el establecimiento de salud I-3 de Carhuaz. Al hacerlo, se espera aportar evidencia local que ayude a diseñar intervenciones más efectivas de promoción de la salud y de prevención de complicaciones, fortaleciendo así la atención que reciben los pacientes en su propia comunidad.

Los pacientes adscritos al programa de ECNT del establecimiento de salud local, está conformado principalmente por pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial, diabetes mellitus 2 o que padecen ambas patologías, entre otras. Condición que no solo suma riesgos, sino que suele potenciarlos de forma exponencial aumentando el daño endotelial, aterosclerosis acelerada, sobrecarga cardíaca, etc. perpetuando el riesgo cardiovascular (7).

En el Establecimiento de Salud I-3 a través de la consulta de enfermería, se pudo identificar que el nivel de conocimiento de los pacientes sobre los factores de riesgo cardiovasculares es deficiente, influenciadas por factores socioculturales propios de

la población carhuacina ignorando que factores como el sedentarismo, la dieta rica en sodio, carbohidratos o el estrés están elevando su probabilidad de sufrir un evento fatal. En la práctica diaria dentro de este establecimiento, se observa una baja adherencia al tratamiento médico, persistencia de hábitos nocivos, que se traducen en sobrepeso, obesidad, descontrol de patologías, dislipidemias, etc. Que, si no son controlados oportunamente, estos factores pueden derivar en complicaciones crónicas y consecuencias adversas para la salud de la población.

Aunque el Perú ha logrado avances importantes en el manejo de las enfermedades crónicas no transmisibles, todavía existen grandes vacíos en el conocimiento de los pacientes y en la puesta en práctica de hábitos de autocuidado. Muchas personas con hipertensión, diabetes tipo 2 o dislipidemias no comprenden del todo sus factores de riesgo, lo que se traduce en dificultades para seguir el tratamiento, mantener hábitos saludables y evitar que la enfermedad avance. Los establecimientos de salud I-3 cumplen un papel clave en la atención primaria y el seguimiento de pacientes crónicos, pero suelen enfrentar limitaciones para ofrecer programas de educación en salud continuos y estructurados. Esta distancia entre lo que los pacientes saben y lo que realmente hacen para cuidarse constituye un problema crítico. Un autocuidado adecuado puede marcar la diferencia: mejorar el control metabólico, reducir complicaciones y elevar la calidad de vida (8).

En el establecimiento de salud I-3 de Carhuaz se atiende a numerosos pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles que sufren descompensaciones frecuentes. A pesar de los esfuerzos realizados mediante charlas educativas, todavía existe una distancia entre lo que los pacientes saben y lo que aplican en su vida diaria. El conocimiento teórico sobre el riesgo cardiovascular, por sí solo, puede resultar

insuficiente para modificar conductas de riesgo consolidadas. Esta situación evidencia la importancia de investigar la relación entre el nivel de conocimiento y las prácticas de autocuidado, con el fin de identificar estrategias que fortalezcan la prevención y reduzcan la necesidad de recurrir a servicios de salud más complejos. A continuación, se presentan investigaciones que respaldan el estudio; Taiek, et al. (9) en el año 2024, realiza la “Evaluación del conocimiento sobre los factores de riesgo de las enfermedades cardiovasculares: un estudio transversal” en Marruecos, basado en cuestionarios y contó con la participación de 744 personas. Los hallazgos evidenciaron que el 47,4 % de los encuestados poseía un nivel moderado sobre los factores de riesgo cardiovascular, mientras que un 25,6 % mostró un nivel deficiente. Los factores más reconocidos fueron el tabaquismo (86,8 %), la obesidad (85,6 %) y el envejecimiento (80,5 %). Cabe destacar que únicamente la edad presentó una asociación estadísticamente significativa con el nivel de conocimiento.

Así también Contreras et al. (10) en el año 2024 ejecutaron un estudio correlacional en Santander, Colombia, con 325 padres de adolescentes seleccionados mediante muestreo probabilístico estratificado. El 61,8 % fueron mujeres, con edad promedio de 40,6 años y predominio de nivel socioeconómico medio. Solo el 39,3 % presentó un índice de masa corporal normal, mientras que un 23,8 % y 10,5 % mostraron cifras de hipertensión en estadio I y II. La puntuación media de autocuidado fue de 94 ($DE \pm 8,4$), reflejando una gestión adecuada. Se hallaron diferencias significativas por sexo en antecedentes de diabetes y dislipidemia, así como en hábitos de tabaquismo, consumo de alcohol y actividad física. En conclusión, los padres evidencian antecedentes cardiovasculares y una capacidad de autocuidado

media, influyendo en factores de riesgo modificables como sedentarismo y consumo de sustancias.

En relación con lo anterior Sarria, et al. (11) el 2023 realizaron un estudio piloto en Cundinamarca, Colombia, con 35 adultos mayores, cuyo objetivo fue analizar la relación entre la agencia de autocuidado y el riesgo cardiovascular. Se aplicó un diseño transversal y analítico, los resultados mostraron que el 41,4 % presentaba riesgo moderado a alto. El análisis reveló menor probabilidad de riesgo en mujeres ($OR = 0,60$; $p = 0,03$) y en no fumadores ($OR = 0,45$; $p = 0,04$). Asimismo, los adultos con baja agencia de autocuidado duplicaron la probabilidad de riesgo elevado frente a quienes tenían autocuidado moderado ($OR = 2,00$; $p = 0,04$). Se concluye que género, tabaquismo y nivel de autocuidado se asocian de manera independiente con el riesgo cardiovascular, destacando la necesidad de estrategias educativas para fortalecer conductas de autocuidado en adultos mayores.

De la misma manera Varleta, et al. (12) aplicaron una encuesta transversal en Chile el 2022 con 900 mujeres de 20 a 70 años para evaluar el conocimiento sobre enfermedades cardiovasculares. Los resultados mostraron que solo el 8 % identificó a las ECV como principal causa de muerte, frente al 44 % que señaló el cáncer de mama y al 20 % la muerte violenta. El cáncer general fue percibido como el mayor problema de salud (39 %), seguido de la diabetes (18 %), mientras que solo el 6 % mencionó las ECV. La mayoría de las participantes menores de 30 años recurrió a internet y redes sociales como fuente de información (64 %), y un 32 % a consultorios. Se concluye que existe una baja percepción del riesgo cardiovascular en la población femenina, lo que exige estrategias comunicacionales adaptadas para mejorar la conciencia y prevención de las ECV.

Otra investigación desarrollada por Harmand, et al. (13) durante el 2023 en España, analizaron a una población de estudio compuesta por 100 adultos mayores de 65 años que presentaban al menos dos factores de riesgo para su salud cardíaca. El propósito del estudio fue determinar el nivel de comprensión que estos pacientes tenían sobre su propia salud, arrojando resultados sumamente ilustrativos: el 98 % de los participantes desconocía el concepto de "factor de riesgo cardiovascular", un 68 % no identificaba sus riesgos personales y el 65 % no comprendía el objetivo de sus medicamentos. Estas conclusiones resaltan una brecha profunda entre las suposiciones de los profesionales sanitarios y el entendimiento real de los pacientes, lo que subraya la urgencia de optimizar la interpretación de resultados clínicos a través de una educación en salud más clara, directa y accesible para la población.

En una investigación cuasiexperimental desarrollada en México el año 2021, Aguilar, et al. (14) analizaron a una población de estudio de 187 pacientes con hipertensión para determinar la efectividad de una capacitación educativa sobre su nivel de información acerca de los riesgos cardiovasculares. La interpretación de resultados preliminares mostró que solo el 39,2 % de los participantes contaba con conocimientos adecuados antes de la intervención.

En la presente investigación desarrollada por Rivero-Arbella, (15) et al. en el año 2021 estudiaron a 135 pacientes con diabetes tipo 2 y úlceras neuropáticas en Cuba, con el objetivo de evaluar su conocimiento sobre factores de riesgo y prácticas de autocuidado. La mayoría eran mujeres entre 60 y 70 años. Se identificó un déficit importante en el conocimiento sobre antecedentes familiares de enfermedad cardiovascular. Aunque los pacientes manejaban adecuadamente la información sobre medicamentos, mostraron descuido en aspectos básicos de higiene personal.

El estudio concluye que el aprendizaje del autocuidado es fragmentado, priorizando el tratamiento farmacológico y relegando hábitos preventivos esenciales para evitar complicaciones clínicas.

En el contexto peruano, Suárez (16) realizó un estudio en una clínica de Lima con adultos mayores hipertensos, encontrando una relación significativa entre el conocimiento de factores de riesgo cardiovascular modificables y las prácticas de autocuidado ($p < 0,001$). Sin embargo, se observó un hallazgo contradictorio: quienes desconocían estos factores mostraban un autocuidado adecuado, mientras que aquellos con mayor conocimiento presentaban hábitos deficientes. Esto evidencia que el conocimiento teórico no garantiza conductas saludables, ya que intervienen otros determinantes como la autoeficacia, el apoyo social y las barreras cotidianas que enfrenta cada paciente.

En la investigación desarrollada por Alvarado et al. (17) en el Hospital Virgen de la Puerta, Trujillo, con adultos mayores hipertensos, para analizar la relación entre conocimiento y autocuidado en el año 2022. Se aplicó un diseño descriptivo y correlacional no experimental. Los hallazgos mostraron que cerca del 75 % tenía un nivel elevado de conocimientos sobre su patología y alrededor del 50 % mantenía prácticas de autocuidado de alta calidad. El análisis confirmó una relación significativa entre el grado de conocimiento y la capacidad de cuidado personal ($r = 0,298$; $p = 0,000$), destacando además la asociación entre el saber del paciente y sus hábitos alimenticios.

En una investigación realizada en Lima, Perú, Lecarnaqué, et al. (18) el 2023 analizaron el nivel de conocimientos sobre enfermedades cardiovasculares en personas en un centro de salud del primer nivel de atención (PNAS). Se empleó una

metodología de carácter descriptivo y transversal. Para este fin, se estudió una población de 400 personas compuesta mayoritariamente por mujeres con una edad promedio de 46 años mediante la aplicación de una encuesta estructurada. Tras el análisis, la interpretación de resultados reveló un panorama crítico: la calificación promedio fue de apenas 4,52 puntos, lo que permitió determinar que el 71 % de los participantes contaba con un nivel de conocimiento insuficiente. Por lo que se concluye que es necesario lograr una educación específica en factores de riesgo cardiovascular, para reducir el impacto de estas enfermedades.

Saavedra, et al. (19) en 2024, analizó la relación entre el nivel de información y los hábitos de autocuidado en 86 adultos mayores hipertensos atendidos en un hospital público de Lima. El estudio, de diseño correlacional y transversal, mostró que el 53 % tenía un conocimiento intermedio acompañado de prácticas regulares de cuidado. En dimensiones específicas como factores de riesgo, tratamiento y medidas preventivas, se observó un patrón similar, con alrededor del 60 % de pacientes que combinaban comprensión moderada y seguimiento constante de su salud. En conclusión, el grado de instrucción del adulto mayor se confirma como un factor determinante en la calidad de su autogestión clínica, resaltando la necesidad de fortalecer la educación sanitaria en poblaciones vulnerables.

En la investigación desarrollada en Lima por Colla, et al. (20) durante el 2024, en el Hospital Nacional Cayetano Heredia de Lima para evaluar el conocimiento y percepción de los pacientes sobre riesgos cardiovasculares. Con un diseño observacional, descriptivo y transversal, se aplicaron encuestas presenciales a usuarios de consultas externas. Los resultados mostraron que de 400 participantes el 78,1 % presentó un conocimiento deficiente sobre factores de riesgo y

enfermedad cardiovascular. Este déficit informativo fue consistente en toda la muestra, sin diferencias significativas por edad, sexo o nivel educativo. El estudio concluye que existe una baja comprensión generalizada del riesgo cardiovascular, lo que evidencia la necesidad de fortalecer la educación sanitaria en hospitales de alta complejidad.

De la misma forma en la presente investigación desarrollada por Vázquez et al. (21) en un hospital nacional de Lima en el año 2024, se analizó a una población de estudio de 283 pacientes adultos con el propósito de determinar cómo se vincula el conocimiento sobre la hipertensión arterial con las prácticas de autocuidado. Los hallazgos fueron concluyentes al demostrar una relación positiva y estadísticamente significativa entre ambas variables. Específicamente, la interpretación de los resultados destacó que el entendimiento sobre las generalidades de la enfermedad, sus riesgos asociados y el tratamiento farmacológico presenta la conexión más sólida con las conductas de cuidado personal. Estos datos confirman que una mejor comprensión de la patología es un factor determinante para que los pacientes adopten acciones más eficaces en el control y la autogestión de su salud.

En una investigación, Cruzado et al. (22) durante el 2024, analizó el vínculo entre el conocimiento de los riesgos cardiovasculares que pueden modificarse y las conductas de autocuidado en personas con diabetes tipo 2. Este trabajo se fundamentó en una metodología de enfoque cuantitativo y correlacional, trabajando con una población de estudio proyectada de 243 pacientes y empleando la validación de instrumentos técnicos para asegurar la precisión de los datos recolectados. Independientemente de sus conclusiones, este estudio representa un modelo metodológico clave para la investigación presente; su relevancia radica en

cómo desglosa los riesgos específicos y su impacto directo en el cuidado personal, proporcionando una base sólida para la interpretación de resultados en diversos contextos clínicos.

Finalmente, Alfaro (23) en el 2025 desarrolló un estudio en Arequipa con 100 adultos de 30 a 74 años, cuyo objetivo fue analizar la relación entre el nivel de conocimientos y el riesgo cardiovascular. Con un diseño observacional, transversal y correlacional, se aplicó un cuestionario de 10 ítems y se calculó el riesgo a diez años mediante el modelo de Framingham. Los resultados mostraron que el 57 % tenía un conocimiento adecuado, mientras que el riesgo cardiovascular se distribuyó en 69 % bajo, 29 % moderado y 2 % alto. El análisis estadístico no evidenció asociación significativa entre conocimiento y riesgo estimado ($p = 0,114$). Se concluye que, existe una tendencia a menor riesgo en personas con más información, lo que refuerza la necesidad de optimizar estrategias educativas en atención primaria.

Según la Organización Mundial de la Salud, las ECNT progresan lentamente y no se transmiten de persona a persona. Este grupo consiste principalmente en enfermedades cardiovasculares (hipertensión arterial y dislipidemias), diabetes mellitus tipo 2, cáncer y enfermedades respiratorias crónicas (24).

Hipertensión arterial (HTA): definida como la elevación persistente de la presión arterial sistólica ≥ 140 mmHg y/o diastólica ≥ 90 mmHg en al menos dos mediciones distintas. Es el factor de riesgo cardiovascular más frecuente en el Perú, afectando a más de 5.5 millones de personas (3).

La diabetes mellitus tipo 2 (DM2) es un trastorno metabólico caracterizado por hiperglucemia crónica debido a alteraciones en la secreción o acción de la insulina.

En Perú, la prevalencia es del 7.2% en adultos, con proyecciones de aumento al 9.5% para 2030 (3).

Las dislipidemias se definen como alteraciones en el metabolismo de los lípidos, caracterizadas por la elevación de los niveles de colesterol total, LDL y triglicéridos, o una disminución del HDL (25). En el contexto nacional, el estudio PERU MIGRANT ha sido fundamental para documentar estas variaciones, reportando que una proporción significativa de la población peruana (superior al 50%) presenta algún tipo de dislipidemia, con una prevalencia de HDL bajo que es particularmente crítica en zonas urbanas y en población migrante (26,27).

La Organización Mundial de la Salud identifica factores de riesgo cardiovascular modificables mediante cambios en el estilo de vida (28). Entre ellos destacan:

Dieta no saludable: En la sierra peruana, la transición nutricional ha provocado que la dieta tradicional sea desplazada por alimentos ultraprocesados de bajo costo, aumentando el riesgo metabólico en comunidades andinas (28).

Actividad física insuficiente: El sedentarismo es un factor de riesgo prevalente en el Perú, con tasas de inactividad física que superan el promedio regional en diversas provincias, lo que se vincula directamente con el aumento de la obesidad y la hipertensión (29).

Tabaquismo: El consumo de tabaco es responsable de una carga significativa de mortalidad cardiovascular; aunque históricamente ha sido mayor en hombres, se observa una tendencia al aumento en mujeres jóvenes de regiones específicas, influenciada por factores socioculturales y de regulación emocional (30).

Consumo de alcohol: El uso riesgoso de alcohol se asocia con el desarrollo de hipertensión y miocardiopatías, variando su impacto según la frecuencia y el volumen de ingesta en poblaciones locales (31).

Obesidad y sobrepeso: Especialmente la obesidad abdominal, se reconoce como un predictor independiente y crítico de enfermedad cardiovascular en adultos peruanos (27).

Por otro lado, los factores no modificables, como la edad (riesgo incrementado tras los 45 años en hombres y 55 en mujeres), el sexo y los antecedentes familiares de enfermedad prematura, deben integrarse en la estimación del riesgo cardiovascular global, el cual representa la probabilidad de desarrollar eventos vasculares en un periodo determinado (32).

Finalmente, el conocimiento en salud en este ámbito no es solo acumulativo; representa el nivel más básico del aprendizaje cognitivo según la taxonomía de la educación médica (33). Este nivel consiste en la capacidad de recordar y reconocer hechos, conceptos y principios fundamentales, lo que permite al paciente o al profesional identificar, por ejemplo, que cifras elevadas de presión arterial corresponden a hipertensión y comprender la relación causal entre el consumo de sal y dicha patología (33,34).

La Organización Mundial de la Salud señala que el conocimiento debe ir más allá de lo teórico y formar parte de un proceso más amplio denominado alfabetización en este concepto incluye no solo la habilidad de leer y entender información, sino también la capacidad de buscarla, evaluarla y aplicarla en la vida cotidiana. En otras palabras, implica transformar la información en decisiones concretas que favorezcan la salud personal y comunitaria (35).

En el marco de proyecto de esta investigación, el nivel de conocimientos sobre factores de riesgo cardiovascular se entiende como el grado de comprensión que tiene una persona acerca de la naturaleza de estos riesgos, sus causas, las consecuencias que generan y las estrategias disponibles para controlarlos (35).

Este nivel de conocimientos es clave porque determina en gran medida la capacidad del individuo para reconocer su vulnerabilidad y adoptar prácticas de autocuidado que reduzcan la probabilidad de desarrollar enfermedades cardiovasculares (24).

La educación en salud es clave para empoderar al paciente crónico, estudios muestran que programas educativos estructurados pueden: aumentar el conocimiento en un 30-50%, mejorar la adherencia terapéutica, reducir la presión arterial sistólica en promedio 8.5 mmHg., disminuir la HbA1c en 0.8 puntos porcentuales. La Organización Panamericana de la Salud (OPS) recomienda que estos programas incluyan información, habilidades prácticas y estrategias de cambio conductual (36).

Las prácticas de autocuidado están definidas como la realización de acciones por la persona para regular su funcionamiento y desarrollo, sus dimensiones de estudio son la alimentación saludable, actividad física regular, adherencia al tratamiento farmacológico, realización de controles médicos periódicos y reducción de hábitos nocivos (tabaco, alcohol). La evidencia científica demuestra que un mejor autocuidado se asocia con mejor evolución clínica, menor progresión a complicaciones y mejor calidad de vida en pacientes con ECNT (36).

Así también el autocuidado alimentario, está definido como la capacidad para seleccionar, preparar y consumir una dieta cardiosaludable según recomendaciones específicas.

La actividad física regular es la integración de ejercicio estructurado y actividad no estructurada en la vida diaria (37).

Los factores que favorecen el autocuidado no dependen únicamente del conocimiento, sino también de la motivación y la confianza personal. La motivación intrínseca, es decir, el deseo genuino de mejorar la salud, junto con la autoeficacia la seguridad en la propia capacidad para llevar a cabo conductas específicas son los predictores más fuertes de un buen autocuidado (38).

Además, el apoyo social de la familia, los amigos o la comunidad refuerza la adherencia a hábitos saludables. Una relación positiva con los profesionales de salud, basada en confianza y comunicación clara, también facilita la práctica de autocuidado. La organización personal, como el uso de recordatorios o rutinas, y la percepción de beneficio la creencia de que las conductas realmente hacen una diferencia en la salud son otros elementos que favorecen la continuidad de estas prácticas (39).

Existen múltiples barreras que pueden dificultar el autocuidado, entre ellas se encuentran las barreras cognitivas, como la baja alfabetización en salud, el déficit de conocimientos o la dificultad para comprender instrucciones médicas; también influyen las barreras emocionales, como la depresión, la ansiedad, la negación de la enfermedad crónica o el fatalismo, sumado a ello las barreras económicas el costo de medicamentos, alimentos saludables o transporte para acudir a controles y las barreras logísticas, como la distancia al centro de salud, los horarios incompatibles con el trabajo o la falta de tiempo, son igualmente determinantes; a esto se suman las barreras culturales, relacionadas con creencias tradicionales sobre la enfermedad y la preferencia por remedios caseros, y las barreras del sistema de salud, como las

listas de espera, el tiempo insuficiente en consulta o la falta de continuidad en la atención (40).

El conocimiento en salud no siempre se traduce automáticamente en acción. Para comprender cómo se convierte en conductas de autocuidado, distintos modelos teóricos ofrecen explicaciones:

Las enfermedades crónicas trazan trayectorias en el curso de vida de los pacientes, trascendiendo al ámbito estrictamente médico para integrarse de forma permanente en la cotidianidad; por tal razón se requiere de modelos diseñados para articular autonomía, acompañamiento y continuidad del cuidado que vaya más allá del hospital. La Teoría del Déficit de autocuidado de Dorothea Orem proporciona una base conceptual y práctica, ya que asume que el individuo cuenta con habilidades que pueden ser potenciadas, en consecuencia, cuando los requerimientos terapéuticos sobrepasan sus propias capacidades, la enfermería debe intervenir mediante sistemas bien definidos y estructurados, con una marcada prioridad en el acompañamiento y educación del paciente; este enfoque fusiona la dimensión pedagógica con la práctica asistencial con el propósito de que el usuario tome decisiones informadas que perduren a largo plazo y se conviertan en bienestar tangible. Por lo tanto, la labor profesional de enfermería trasciende la simple indicación terapéutica, enfocándose en desarrollar habilidades en el paciente para gestionar su enfermedad, reconocer sus necesidades de autocuidado y estructurar contextos que favorezcan la adherencia al tratamiento (41).

Teoría Cognitivo-Social de Bandura: resalta la autoeficacia como el puente entre saber y hacer. Una persona puede conocer qué debe hacer, pero si no confía en su capacidad para lograrlo, la conducta no ocurre. La autoeficacia se fortalece con

experiencias de éxito, observando a otros, recibiendo apoyo verbal y manejando emociones (42).

En conjunto, ambos modelos muestran que el conocimiento influye en el autocuidado porque: aumenta la percepción de riesgo al comprender la relación causa-efecto, reduce barreras al ofrecer información sobre opciones y recursos disponibles, potencia la autoeficacia al brindar estrategias concretas que generan confianza.

Cómo el conocimiento transforma la percepción de riesgo, pues este al ser específico sobre factores de riesgo cardiovascular cambia la manera en que los pacientes interpretan su situación, tal es así que un adulto que entiende que la hipertensión es silenciosa, pero daña órganos vitales comprende la importancia de tratar cifras que “no duelen”; así como también quien sabe que el colesterol LDL se acumula en las arterias y puede causar un infarto interioriza la necesidad de cambios dietéticos y medicamentos; y aquel que adopta una conducta ante etiquetas nutricionales, puede identificar exceso de sodio o grasas saturadas; frente a síntomas como dolor torácico, reconoce señales de alarma que requieren atención inmediata.

El rol en la atención primaria y en el seguimiento de pacientes crónicos el establecimiento I-3 de Carhuaz cumple funciones críticas en el manejo de ECNT enfocado principalmente en la prevención primaria donde se realizan tamizajes comunitarios para detección temprana de HTA, DM2 y dislipidemias en población de riesgo, en la prevención secundaria: el diagnóstico y tratamiento inicial de casos nuevos, con seguimiento programado mínimo trimestral, y en la prevención terciaria el manejo de complicaciones leves (neuropatía periférica, retinopatía no

proliferativa, enfermedad renal crónica estadio 1-2); no obstante la educación en salud desarrolla sesiones educativas grupales quincenales con contenidos sobre alimentación, actividad física, adherencia y automonitoreo. Sin embargo, la asistencia promedio es solo del 35% de los pacientes citados.

El presente estudio se justifica y adquiere relevancia porque busca comprender de qué manera el nivel de conocimiento influye en las prácticas de autocuidado de los pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles. Este análisis resulta fundamental, ya que un mejor entendimiento de la relación entre saber y hacer puede contribuir a la reducción de complicaciones cardiovasculares y, en consecuencia, mejorar la calidad de vida de la población afectada. Desde el punto de vista teórico, aportará evidencia actualizada sobre modelos de promoción de la salud. En el ámbito práctico, permitirá diseñar intervenciones educativas más efectivas en el primer nivel de atención. Socialmente, contribuirá a mejorar la calidad de vida de los pacientes y disminuir el impacto negativo de la enfermedad en la comunidad. Y científicamente aportará evidencia sobre la efectividad de la educación en salud en entornos semirurales andinos de la patología en mención de allí la importancia de este presente estudio.

Además, muestra la evidencia que cuando los pacientes comprenden mejor su condición y los riesgos asociados, adoptan prácticas más saludables y logran un mejor control de su enfermedad. Por ello, este proyecto de investigación busca demostrar cómo el nivel de conocimientos se relaciona directamente con las prácticas de autocuidado, aportando evidencia útil para fortalecer la atención primaria en salud en el estado peruano.

A partir de la información expuesta, surge la siguiente pregunta de investigación

¿Cuál es la relación entre el nivel de conocimiento sobre factores de riesgo cardiovascular y el autocuidado en adultos con enfermedades crónicas no transmisibles, en el primer nivel de atención en Carhuaz, 2026?

II. OBJETIVOS

Objetivo general

- Determinar la relación del nivel de conocimiento sobre factores de riesgo cardiovascular y el autocuidado en adultos con enfermedades crónicas no transmisibles, en el primer nivel de atención Carhuaz, 2026.

Objetivos específicos

- Caracterizar el perfil sociodemográfico de pacientes adultos con enfermedades crónicas no transmisibles, en el primer nivel de atención Carhuaz, 2026.
- Identificar el nivel de conocimientos sobre factores de riesgo cardiovascular de la población de estudio.
- Evaluar las prácticas de autocuidado en sus dimensiones de alimentación, actividad física y adherencia terapéutica de la población de estudio.
- Analizar la relación entre el nivel de conocimientos sobre factores de riesgo cardiovascular y las prácticas de autocuidado de la población de estudio.

III. MATERIALES Y MÉTODOS

3.1 Diseño de estudio:

Se planteará una investigación de enfoque cuantitativo, con un diseño no experimental y de corte transversal, permitirá recolectar datos en un tiempo único sin manipulación de las variables (43). El estudio es de nivel correlacional y observacional, orientado a identificar y describir el grado de asociación estadística entre los fenómenos analizados en su contexto natural (44).

3.2. Población

La población estará conformada por 400 pacientes adultos diagnosticados con enfermedades crónicas no transmisibles, atendidos en un establecimiento de salud del primer nivel de atención en Carhuaz durante el año 2026.

Criterios de inclusión:

- Pacientes adultos con enfermedades crónicas no transmisibles como: hipertensión arterial, DM2, dislipidemias.
- Pacientes que acudan al establecimiento durante el periodo de recolección 2026.
- Pacientes que acepten participar mediante consentimiento informado.

Criterios de exclusión:

- Pacientes con deterioro cognitivo severo.
- Pacientes con limitaciones de comunicación.
- Pacientes hospitalizados en estado crítico.

3.3. Muestra y muestreo:

El proceso de selección muestral será no probabilístico por conveniencia. Esta estrategia responde a la necesidad de obtener información directa de los pacientes

con enfermedades crónicas que consultan habitualmente al primer nivel de atención.

Para calcular el tamaño muestral se aplica la fórmula para estimar proporciones en población finita. Se considera lo siguiente:

n = tamaño de muestra

N = 400 (población total)

$Z = 1.96$ (para un nivel de confianza del 95%)

e = Error de estimación máximo aceptado

p = probabilidad de que ocurra el evento estudiado

$q = (1 - p)$ = probabilidad de que no ocurra el evento estudiado

$$n = \frac{N * Z_{\alpha}^2 * p * q}{e^2 * (N - 1) + Z_{\alpha}^2 * p * q}$$

El muestreo determinado para una población de 400 pacientes, considerando un nivel de confianza del 95% y un error del 5%, asciende a **196** pacientes, cifra que asegura representatividad estadística en el estudio (34).

3.4. Definición conceptual de variables:

Variable 1: Nivel de conocimientos sobre factores de riesgo cardiovascular

El nivel de conocimientos se entiende como el nivel educativo y de conocimiento que tiene el paciente sobre los determinantes biológicos y aquellos comportamentales que agravan la susceptibilidad del sistema circulatorio y la posible aparición de tales eventos isquémicos mortales (35).

Esta variable implica al ámbito cognoscitivo necesario para colocar en la mente aquellos factores modificables como la ingesta excesiva de sodio y la inactividad

física y establecer la noción de la naturaleza asintomática y progresiva de las patologías crónicas como la hipertensión arterial y la diabetes mellitus (24).

Representa la capacidad básica de recordar y conocer hechos fundamentales de salud que permiten al sujeto establecer relaciones de causalidad entre unos hábitos de vida cotidianos y el riesgo de desarrollar complicaciones vasculares irreversibles (33).

Variable 2: Autocuidado

El autocuidado es entendido, en el ámbito de la teoría de presentación de enfermería de Dorothea Orem, como aquellas actividades deliberadas e intencionadas que la persona inicia y realiza libremente en el tiempo para el mantenimiento de su integridad estructural, funcionamiento y desarrollo (41).

En el tratamiento de las enfermedades crónicas no transmisibles, esta variable se entiende como la adopción de conductas protectoras sistemáticas que incluyan la adherencia estricta al tratamiento farmacológico prescrito, la modificación reguladora del patrón alimentario y la práctica mantenida de actividad física estructurada (36).

Representa la capacidad o poder humano para actuar sobre los requisitos de desviación de la salud, logrando el control metabólico adecuado, permitiendo al sujeto reducir la discapacidad prematura y mejorar su calidad de vida relacionada con la salud (10).

3.5 Procedimiento y técnica:

El desarrollo de este estudio requiere, en primer lugar, la revisión y aprobación de la asesora asignada. Una vez obtenido su visto bueno, el documento se enviará a la Unidad Integrada de Gestión de la Investigación, Ciencia y Tecnología (UIGICT)

para el proceso de verificación correspondiente. Posteriormente, se realizará la inscripción del proyecto en la plataforma del Sistema Descentralizado de Información y Seguimiento a la Investigación (SIDISI). Al mismo tiempo, se tramitará la autorización correspondiente mediante una resolución expedida por el Comité de Ética de la Universidad Peruana Cayetano Heredia.

La recolección de datos se realizará de la siguiente manera:

Primer momento: Se tramitará el permiso correspondiente ante la dirección de la Red Asistencial Huaraz - Essalud, con apoyo de la unidad de capacitación; una vez concedido el permiso, se procederá a coordinar con la Dirección del Centro Médico Essalud Carhuaz, asimismo, se programará una reunión con el personal adscrito a dicho servicio. En este espacio, se les informará sobre los objetivos de la investigación y se detallará la metodología para la recolección de datos.

Segundo Momento: Para la ejecución, se establecerá comunicación con los pacientes que forman parte del programa de ECNT, con el objeto de exponer los fines de estudio, y organizar la aplicación de los instrumentos, previa firma del consentimiento informado, los mismos que deberán cumplir con los criterios de inclusión establecidos; así mismo se les dará a conocer los principios bioéticos en los que se sostiene el estudio.

Tercer Momento: La aplicación de los instrumentos se realizará en cada control programado de cada paciente, previa coordinación con el personal de salud de turno, hasta completar la población muestral; estimando que la recolección de la información se desarrollará en un lapso de tres meses.

Instrumentos

Cuestionario de Conocimiento sobre Factores de Riesgo Cardiovascular

Este instrumento tiene como objetivo medir el nivel de información que posee el paciente sobre las causas y prevención de eventos cardiovasculares (18).

El cuestionario estructurado de 30 ítems suele basarse en el instrumento original de Guerrero Cueva e IJ y Lecarnaqué Rojas CG, quienes lo validaron en el contexto del primer nivel de atención en Lima, Perú (18).

Se organiza en tres dimensiones clave:

Generalidades: Conceptos básicos sobre ECNT y factores de riesgo (8 ítems) (18,21).

Factores Modificables: Alimentación, actividad física, consumo de tabaco y alcohol (16 ítems) (18).

Factores No Modificables: Edad, sexo y herencia genética (6 ítems) (18).

En el contexto peruano, este instrumento ha reportado una validez de contenido mediante juicio de expertos con un índice de **0.90** (V de Aiken) (18).

Presenta una consistencia interna sólida, con un coeficiente alfa de Cronbach de 0.85, lo que asegura que las preguntas miden de forma coherente el nivel de conocimiento (18).

Escala de Autocuidado en Enfermedades Crónicas No Transmisibles

Este instrumento se fundamenta teóricamente en la Teoría del Déficit de Autocuidado de Dorothea Orem, que define al autocuidado como las acciones deliberadas que las personas realizan para mantener su salud (41).

Se emplea la "Escala de Prácticas de Autocuidado", la cual ha sido adaptada para el Perú en estudios como el de Suárez Cárdenas en una clínica de Lima y Vásquez en

un hospital nacional. Estos autores adaptaron los términos y ejemplos de actividades diarias para que sean comprensibles para la población peruana adulta y adulta mayor (16,21).

Consta de 25 ítems tipo Likert que evalúan cinco áreas críticas: alimentación saludable, actividad física, adherencia al tratamiento farmacológico, controles médicos y reducción de hábitos nocivos (16).

Reporta una validez de contenido por expertos de 0.90, confirmando que los ítems son pertinentes y representativos de la variable autocuidado en pacientes crónicos (16).

En estudios peruanos recientes, ha demostrado una alta fiabilidad con un alfa de Cronbach de 0.88, lo que indica una excelente estabilidad en las respuestas de los participantes (16,21).

3.6. Principios éticos:

La ejecución del proyecto estará condicionada a la previa aprobación del Comité Institucional de Ética. A lo largo de todas las etapas de ejecución del proyecto, se implementarán protocolos estrictos para proteger la integridad y dignidad de los participantes, garantizando de manera absoluta el anonimato, la confidencialidad y la privacidad de la información recabada.

- **Autonomía:** La participación será completamente voluntaria; cada persona decidirá si desea formar parte del estudio mediante la firma de un consentimiento informado, garantizando su derecho a elegir libremente.
- **Beneficencia:** La investigación tiene como propósito aportar al fortalecimiento de estrategias de prevención cardiovascular, por lo que

se implementará de manera inmediata un plan de charla, debidamente estructurado que permitirá fortalecer sus conocimientos sobre los factores de riesgo cardiovascular.

- **No maleficencia:** Se asegura que los participantes no serán expuestos a riesgos físicos ni psicológicos durante el proceso de investigación, ya que no serán expuestos a ningún estímulo o situación que afecte su integridad ni su bienestar.
- **Justicia:** Todos los participantes recibirán un trato equitativo, respetando su dignidad y asegurando la confidencialidad de la información proporcionada (42).

3.7. Plan de análisis

Concluida la aplicación de los instrumentos a la totalidad de la muestra, los datos recabados se codificarán e ingresarán al procesador del Microsoft Excel, para la estructuración de la base de datos matriz. Posteriormente, la información será exportada y procesada utilizando el paquete estadístico SPSS versión 29.

- a) Análisis Descriptivo: Frecuencias relativas y absolutas para niveles de conocimiento.
- b) Relación entre variables principales: Correlación de Spearman (si los datos no son normales) o Pearson (si son normales) para evaluar la relación entre nivel de conocimientos y autocuidado.
- c) Comparaciones según sociodemográficos: Chi-cuadrado de independencia: para analizar asociación entre nivel de conocimientos/autocuidado y variables categóricas (sexo, nivel educativo, estado civil) (43).

IV. PRESUPUESTO Y CRONOGRAMA

4.1 Presupuesto

El presupuesto proyectado para la ejecución de este trabajo de investigación asciende a un total de 2 520, 00 soles, el cual será cubierto en su totalidad por la investigadora; o sea, será autofinanciado. Los gastos se especifican en el siguiente cuadro presupuestal:

MATERIALES	PRECIO UNITARIO	CANTIDAD	PRECIO TOTAL
MATERIALES Y EQUIPOS (BIENES)			
Papel A4	S/. 50	250	S/. 90
Lapiceros Azul	S/. 1.5	198	S/. 423
Internet	S/. 69	3	S/. 207
SERVICIOS			
Impresiones	S/. 1.00	594	S/. 300
OTROS: SERVICIOS DE TERCEROS			
Programa de SPSS	S/. 800		S/. 800
GASTOS ADMINISTRATIVOS Y/O IMPREVISTOS			
Transporte	S/. 2.00	50	S/. 100
Adicional	S/. 600		S/. 600
Total			S/. 2520

4.2 Cronograma

TIEMPO ACTIVIDADES	2025				2026																			
	DIC.				ENE				FEB				MAR				ABR				MAY			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Revisión bibliográfica.																								
Elección de tema a investigar.																								
Planteamiento del problema.																								
Elección y formulación de antecedentes.																								
Elaboración de marco teórico.																								
Preparación de justificación, objetivos e hipótesis.																								
Confección de diseño metodológico.																								
Elaboración de instrumentos de recolección de datos.																								
Realización de presupuesto y cronograma de actividades.																								
Elaboración de anexos.																								
Presentación al Comité de Ética.																								
Sustentación de trabajo académico.																								
Aprobación y registro de trabajo académico.																								

V. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Galarza KPM, Nava-González EJ. Rol de los profesionales de enfermería en prevención primaria de enfermedades cardiovasculares: revisión de literatura. SANUS. 2023 Dec 28 [cited 2026 May 22];8. Available from: <https://doi.org/10.36789/revsanus.vi1.358>
2. Organización Mundial de la Salud. Enfermedades no transmisibles. Ginebra: OMS; 2024 Sep 16 [cited 2026 May 22]. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>
3. Ministerio de Salud del Perú. Situación de las enfermedades no transmisibles en el Perú, 2024. Lima: MINSA; 2024 [cited 2026 May 22]. Available from: <https://www.gob.pe/minsa>
4. Ministerio de Salud del Perú. Indicadores de morbilidad y mortalidad de las enfermedades no transmisibles en el Perú, 2026. Lima: MINSA; 2026 [cited 2026 May 22]. Available from: <https://www.gob.pe/minsa>
5. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Perú: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar - ENDES 2024. Lima: INEI; 2025 [cited 2026 May 22]. Available from: <https://www.inei.gob.pe/>
6. Dirección Regional de Salud Ancash. Análisis de situación de salud de la provincia de Carhuaz. Huaraz: DIRESA Ancash; 2024 [cited 2026 May 22]. Available from: <http://www.diresaancash.gob.pe/>
7. Volpe M, Gallo G. Obesity and cardiovascular disease: An executive document on pathophysiological and clinical links promoted by the Italian Society of Cardiovascular Prevention (SIPREC). Front Cardiovasc Med. 2023 Mar 13

- [cited 2026 May 22];10. Available from: <https://doi.org/10.3389/fcvm.2023.1136340>
8. Organización Panamericana de la Salud. La educación para la salud y el autocuidado como pilares de la atención primaria en las Américas. Washington, DC: OPS; 2023 [cited 2026 May 22]. Available from: <https://www.paho.org/es>
 9. Taiek N, Chda A, Abouri M, Ed-Dra A, Ghadraoui ES, Belghmi K. Evaluación del conocimiento sobre los factores de riesgo de las enfermedades cardiovasculares: un estudio transversal. *J Health Sci.* 2024;12(1):45–56. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/>
 10. Contreras-Ramos LM, Osorio MLV. Capacidad de agencia de autocuidado y salud cardiovascular en padres de adolescentes escolarizados de Santander, Colombia. *Index Enferm.* 2024 Sep 5 [cited 2026 May 22]. Available from: <http://dx.doi.org/10.58807/indexenferm20246881>
 11. Sarria Y. Relación entre la agencia de autocuidado y el riesgo cardiovascular en adultos mayores de Cundinamarca, Colombia: un estudio piloto. *Rev Colomb Enferm.* 2023;22(1). Available from: <https://revistas.unilibre.edu.co/>
 12. Varleta P, Acevedo M, Valentino G, Brienza S, Sueldo MD. Conciencia de enfermedad cardiovascular y conocimiento sobre factores de riesgo y prevención cardiovascular: resultados chilenos de encuesta SIAC Cono Sur. *Rev Chil Cardiol.* 2022 Aug 1 [cited 2026 May 22];41(2):82–91. Available from: <https://doi.org/10.4067/s0718-85602022000200082>
 13. Harmand MGC, Otero DP, Frías AH, Leirós BG, Ojeda FB. Evaluación del grado de conocimiento de la población anciana sobre los factores de riesgo

- cardiovascular. *Nuberos científica*. 2022;6(36):11–6. Available from: <https://enfispo.es/servlet/articulo?codigo=8784162&info=resumen&idioma=ENG>
14. Aguilar EKC, Cornelio MR, Pineda KVH, Campos F de AS, Minor RG, Aguirre F. Nivel de conocimiento sobre factores de riesgo cardiovascular en hipertensos después de una intervención educativa. *Cienc Lat Rev Cient Multidiscip*. 2024 Dec 13 [cited 2026 May 22];8(6):1349–60. Available from: https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v8i6.14903
 15. Rivero-Abella M, Naranjo-Hernández Y, Mayor-Walton S, Salazar-Pérez CA. Conocimientos sobre factores de riesgos y medidas de autocuidado en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 con úlcera neuropática. *Zenodo*. 2021 May 30 [cited 2026 May 22];100(3). Available from: <https://zenodo.org/record/6546588>
 16. Suárez Cárdenas GY. Conocimiento sobre factores de riesgo cardiovascular modificables y autocuidado en pacientes con hipertensión arterial en una clínica de Lima, 2019 [Tesis]. Lima: Universidad de Lima; 2020.
 17. Moron GS, Zelada RDPB. Nivel de conocimiento y calidad del autocuidado en el adulto mayor con hipertensión arterial, hospital alta complejidad Virgen de la Puerta, Trujillo 2022 [Tesis]. Ica: Universidad Autónoma de Ica; 2023. Available from: <https://repositorio.autonomadeica.edu.pe/handle/20.500.14441/2356>
 18. Guerrero CI, Lecarnaque RC. Nivel de conocimiento sobre riesgo y enfermedad cardiovascular en un establecimiento del primer nivel de atención en Lima, Perú [Tesis]. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2022. Available from: <https://hdl.handle.net/20.500.12866/13043>

19. Saavedra SMG. Nivel de conocimiento y su relación con la práctica del autocuidado en adultos mayores con hipertensión arterial de un hospital público de Lima 2024 [Tesis]. Lima: Universidad de Lima; 2025.
20. Colla SYO, Apaza APC. Conocimiento y percepción sobre factores de riesgo y enfermedad cardiovascular en un hospital nivel III-1 de Lima Metropolitana [Tesis]. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2024. Available from: <https://hdl.handle.net/20.500.12866/16550>
21. Vasquez BCM. Nivel de conocimiento sobre hipertensión arterial y autocuidado en pacientes adultos atendidos en el área de medicina interna de un hospital nacional 2024 [Tesis]. Lima: Universidad Privada Norbert Wiener; 2024. Available from: <https://hdl.handle.net/20.500.13053/11389>
22. Cruzado Malca M. Conocimiento y práctica de autocuidado sobre factores de riesgo modificables en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en una institución del MINSA, 2024 [Tesis]. Lima: Universidad Privada Norbert Wiener; 2024 [cited 2026 May 22].
23. Molleapaza Mamani JN. Conocimiento y autocuidado en pacientes con hipertensión arterial [Tesis]. Puno: Universidad Nacional del Altiplano; 2021. Available from: http://repositorio.unap.edu.pe/bitstream/handle/UNAP/7104/Molleapaza_Mamani_Joel_Neftali.pdf
24. Richard A, Rohrmann S, Quinto B, Mohler-Kuo M, Raederstorff D, Eichholzer M. Knowledge of cardiovascular disease risk factors and its association with a healthy lifestyle. *Front Public Health*. 2021;9:112–24.

25. Morales G, Guillén-Grima F, Muñoz S, Belmar C, Schifferli I, Muñoz A, et al. Factores de riesgo cardiovascular en universitarios de primer y tercer año. *Rev Med Chil*. 2017 Mar 1 [cited 2026 May 22];145(3):299–308. Available from: <https://doi.org/10.4067/s0034-98872017000300003>
26. Miranda JJ, Gilman RH, García HH, Smeeth L. The effect on cardiovascular risk factors of migration from rural to urban areas in Peru: PERU MIGRANT Study. *BMC Cardiovasc Disord*. 2009 Jun 8 [cited 2026 May 22];9(1). Available from: <https://doi.org/10.1186/1471-2261-9-23>
27. Miranda JJ, Gilman RH, Smeeth L. Differences in cardiovascular risk factors in rural, urban and rural-to-urban migrants in Peru. *Heart*. 2011 Apr 8 [cited 2026 May 22];97(10):787–96. Available from: <https://doi.org/10.1136/hrt.2010.218537>
28. Sanchez-Samaniego G, Hartinger SM, Tallman PS, Mäusezahl D. Cardiovascular disease in the Peruvian Andes: local perceptions, barriers, and paths to preventing chronic diseases in the Cajamarca region. *Int J Public Health*. 2021 Sep 27 [cited 2026 May 22];66. Available from: <https://doi.org/10.3389/ijph.2021.1604117>
29. Cañarte-Murillo JR, Holguin-Donoso KJ, Piere-Alexander RS. Efectos del sedentarismo y sus consecuencias en personas con enfermedades cardiovasculares en Sudamérica. *MQRInvestigar*. 2024 Sep 3 [cited 2026 May 22];8(3):4764–77. Available from: <http://dx.doi.org/10.56048/mqr20225.8.3.2024.4764-4777>
30. Vera-Ponce VJ, Zuzunaga-Montoya FE, Vásquez-Romero LEM, Loayza-Castro JA, Carrillo CIGD, Chenet SM. Lifestyle patterns in the Peruvian

- population: analysis of tobacco, alcohol and fruit/vegetable consumption based on a nine-year national survey. medRxiv. 2024 May 27 [cited 2026 May 22]. Available from: <https://doi.org/10.1101/2024.05.26.24307960>
31. Xu X, Li S, Wang H, Guo Q, Fang H, Ju L, et al. Associations between alcohol consumption patterns and dyslipidemia among Chinese adults aged 18 and above: China Nutrition and Health Surveillance (2015–2017). *Nutrients*. 2025 Sep 30 [cited 2026 May 22];17(19):3112. Available from: <https://doi.org/10.3390/nu17193112>
 32. Xi Y, Niu L, Cao N, Bao H, Xu X, Zhu H, et al. Prevalence of dyslipidemia and associated risk factors among adults aged ≥ 35 years in northern China: a cross-sectional study. *BMC Public Health*. 2020 Jul 6 [cited 2026 May 22];20(1). Available from: <https://doi.org/10.1186/s12889-020-09172-9>
 33. Flores C. Operacionalización de la taxonomía de Anderson y Krathwohl para la docencia universitaria. *Paideia*. 2017 Sep 18 [cited 2026 May 22];3(4):109–19. Available from: <https://doi.org/10.31381/paideia.v3i4.931>
 34. Barría CM, Barría MC, Espinoza V, Delgado-Floody P, García-Rico L. Validation of an instrument to evaluate the satisfaction of the professional practice in pertaining students to the program of Nutrition and Dietary. *Arch Latinoam Nutr*. 2023 Aug 1 [cited 2026 May 22];73(2):135–43. Available from: <https://doi.org/10.37527/2023.73.2.005>
 35. Organización Mundial de la Salud. Monitoreo de los avances en relación con las enfermedades no transmisibles 2022. Ginebra: OMS; 2022 [cited 2026 May 22]. Available from: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/356888/9789240050105-spa.pdf>

36. Religioni U, Barrios-Rodríguez R, Requena P, Borowska M, Ostrowski J. Enhancing therapy adherence: impact on clinical outcomes, healthcare costs, and patient quality of life. *Medicina*. 2025 Jan 17 [cited 2026 May 22];61(1):153. Available from: <https://doi.org/10.3390/medicina61010153>
37. Visseren FLJ, Mach F, Smulders YM, Carballo D, Koskinas KC, Bäck M, et al. 2021 ESC Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. *Eur Heart J*. 2021 Aug 30 [cited 2026 May 22];42(34):3227–337. Available from: <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehab484>
38. Bandura A. Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychol Rev*. 1977 Jan 1 [cited 2026 May 22];84(2):191–215. Available from: <https://doi.org/10.1037/0033-295x.84.2.191>
39. Organización Panamericana de la Salud. La gestión de las enfermedades no transmisibles en la atención primaria de salud: principios y directrices. Washington, DC: OPS; 2020 [cited 2026 May 22].
40. Organización Mundial de la Salud. Adherencia a los tratamientos a largo plazo: pruebas para la acción. Ginebra: OMS; 2004 [cited 2026 May 22]. Available from: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/41182>
41. Mireya CE, Sonia P, Patricia VE, Mónica V. La aplicación de la Teoría de los Cuidados de Dorothea Orem en el cuidado de pacientes con enfermedades crónicas. *Dialnet*. 2025 Jan 1 [cited 2026 May 22]. Available from: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/oaiart?codigo=10464008>

42. Bandura A, Freeman W, Lightsey R. Self-Efficacy: The exercise of control. *J Cogn Psychother*. 1999 Jan 1 [cited 2026 May 22];13(2):158–66. Available from: <https://doi.org/10.1891/0889-8391.13.2.158>
43. Mares MG. Hernández-Sampieri, R. & Mendoza, C (2018). Metodología de la investigación. Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta. *Rev Univ Digit Cienc Soc*. 2019 Jan 31 [cited 2026 May 22];10(18):92–5. Available from: <https://doi.org/10.22201/fesc.20072236e.2019.10.18.6>
44. Casco RJE, Camargo MRS, Taípe MAV, Gonzales-Sánchez A del C, Romero-Carazas R, Chiparra WEM. Metodología y estadística en la investigación científica. Puerto Madero: Editorial eBooks; 2023 [cited 2026 May 22]. Available from: <https://doi.org/10.55204/pmea.17>
45. Daniel WW, Cross CL. 5.3 Distribution of the sample mean. In: *Biostatistics: A foundation for analysis in the health sciences*. 11th ed. Hoboken: Wiley; 2018. p. 120.
46. Asociación Médica Mundial. Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial. Repositorio Institucional E-DocUR. 2001 Jan 1 [cited 2026 May 22];387–90. Available from: <https://repository.urosario.edu.co/handle/10336/40592>
47. Cross CL, Daniel WW. *Biostatistics: A foundation for analysis in the health sciences*, 11th edition. 2018 Jan 1 [cited 2026 May 22];1. Available from: https://digitalscholarship.unlv.edu/som_fac_articles/475/

ANEXOS

ANEXO 1: OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Variable de estudio	Definición conceptual	Dimensión	Definición operacional	Indicadores	Ítems	Categoría de resultado
Conocimiento sobre FR cardiovascular	Nivel de dominio teórico sobre etiología y factores de riesgo de las ECNT.	1. Generalidades	Sumatoria de aciertos en cuestionario estructurado (0-30 puntos).	Número de aciertos obtenidos.	1-8	Bajo: 0-10; Medio: 11-21; Alto: 22-30
		2. FR modificables			9-24	
		3. FR no modificables			25-30	
Prácticas de autocuidado	Conductas deliberadas para el control metabólico y prevención cardiovascular.	1. Adherencia y monitoreo	Puntaje total en escala Likert validada (25-100 puntos).	Puntaje global acumulado.	1-10	Inadecuado: 25-49; Regular: 50-74; Adecuado: 75-100
		2. Estilo de vida			11-20	
		3. Bienestar psicosocial			21-25	

ANEXO 2: INSTRUMENTOS

¡Estimado(a) paciente

Su opinión es muy importante para nosotros. Su participación es completamente voluntaria y la información que nos proporcione será tratada de forma confidencial y utilizada únicamente para mejorar la calidad de nuestros servicios.

Sección I: Datos Sociodemográficos

ÍTEM	PREGUNTA	RESPUESTA
0	Código	Se le asignara un numero alfanumérico del 01 al al 196
1	Edad (años cumplidos)	_____
2	Sexo	☐ Masculino ☐ Femenino
3	Grado de instrucción	☐ Sin instrucción ☐ Primaria ☐ Secundaria ☐ Superior técnica ☐ Superior universitaria
4	Estado civil	☐ Soltero ☐ Casado ☐ Conviviente ☐ Viudo ☐ Divorciado
5	Ocupación	☐ Empleado ☐ Independiente ☐ Ama de casa ☐ Jubilado ☐ Desempleado
6	Procedencia	☐ Urbana ☐ Rural
7	Diagnóstico principal de ECNT	_____
8	Comorbilidades presentes	_____
9	Tiempo de diagnóstico (años)	_____
10	Nº de medicamentos prescritos actualmente	_____

Sección 2 Datos de conocimientos sobre factores de riesgo cardiovascular

- a) Dimensión 1: generalidades sobre enfermedades crónicas no transmisibles y factores de riesgo (ítems 1–8)

ÍTEM	PREGUNTA	OPCIONES	RESPUESTA
1	¿Qué significa enfermedades crónicas no transmisibles?	a) Enfermedades crónicas no transmisibles b) Enfermedades contagiosas tratables c) Enfermedades cardiovasculares no tratadas d) Ninguna	☐
2	¿Cuál es la principal complicación de las enfermedades crónicas no transmisibles?	a) Infecciones b) Enfermedades cardiovasculares c) Fracturas óseas d) Alergias	☐
3	Las enfermedades crónicas no transmisibles incluyen:	a) Hipertensión arterial b) Diabetes mellitus c) Dislipidemia d) Todas las anteriores	☐
4	¿Cuál es el objetivo del autocuidado en enfermedades crónicas no transmisibles?	a) Curar la enfermedad b) Prevenir complicaciones c) Evitar hospitalización d) Ninguna	☐
5	¿Qué órgano se afecta principalmente en las enfermedades cardiovasculares?	a) Pulmones b) Corazón c) Riñones d) Hígado	☐
6	¿Qué significa factor de riesgo?	a) Elemento que aumenta la probabilidad de enfermedad b) Síntoma de enfermedad c) Tratamiento d) Ninguna	☐
7	¿Cuál es las enfermedades crónicas no transmisibles más frecuente en adultos?	a) Hipertensión arterial b) Asma c) Tuberculosis d) VIH	☐
8	¿Qué característica tienen las enfermedades crónicas no transmisibles?	a) Son transmisibles b) Son crónicas y no contagiosas c) Son agudas d) Son infecciosas	☐

b) Dimensión 2: factores modificables (ítems 9–24)

ÍTEM	PREGUNTA	OPCIONES	RESPUESTA
9	El consumo excesivo de sal se relaciona principalmente con:	a) Hipertensión arterial b) Diabetes c) Dislipidemia d) Obesidad	☐
10	El tabaquismo aumenta el riesgo de:	a) Infarto b) Cáncer de pulmón c) EPOC d) Todas las anteriores	☐
11	La falta de actividad física se asocia con:	a) Obesidad b) Hipertensión c) Diabetes d) Todas las anteriores	☐
12	El consumo excesivo de alcohol puede causar:	a) Cirrosis b) Hipertensión c) Cardiopatía d) Todas las anteriores	☐
13	La obesidad es un factor de riesgo para:	a) Diabetes b) Hipertensión c) Infarto d) Todas las anteriores	☐
14	Una dieta rica en grasas saturadas favorece:	a) Dislipidemia b) Hipertensión c) Diabetes d) Ninguna	☐
15	El estrés crónico puede contribuir a:	a) Hipertensión b) Infarto c) Ansiedad d) Todas las anteriores	☐
16	El consumo de frutas y verduras ayuda a:	a) Prevenir obesidad b) Reducir riesgo cardiovascular c) Mejorar digestión d) Todas las anteriores	☐
17	La hipertensión arterial es considerada:	a) Factor modificable b) Factor no modificable c)	☐

		Complicación d) Ninguna	
18	La diabetes mellitus tipo 2 es:	a) Factor modificable b) Factor no modificable c) Complicación d) Ninguna	☐
19	El sedentarismo se define como:	a) Falta de actividad física b) Ejercicio excesivo c) Trabajo pesado d) Ninguna	☐
20	El colesterol elevado es:	a) Factor modificable b) Factor no modificable c) Complicación d) Ninguna	☐
21	La presión arterial normal es:	a) 120/80 mmHg b) 140/90 mmHg c) 160/100 mmHg d) Ninguna	☐
22	El consumo de tabaco afecta principalmente:	a) Pulmones b) Corazón c) Vasos sanguíneos d) Todas las anteriores	☐
23	El exceso de azúcar favorece:	a) Diabetes b) Obesidad c) Hipertensión d) Todas las anteriores	☐
24	El ejercicio regular ayuda a:	a) Controlar peso b) Reducir presión arterial c) Mejorar salud cardiovascular d) Todas las anteriores	☐

c) Dimensión 3: factores no modificables (ítems 25–30)

ÍTEM	PREGUNTA	OPCIONES	RESPUESTA
25	¿Cuál de los siguientes es un factor no modificable?	a) Edad b) Dieta c) Ejercicio d) Tabaquismo	☐
26	El sexo masculino presenta mayor riesgo cardiovascular a partir de:	a) 30 años b) 40 años c) 45 años d) 60 años	☐
27	La herencia genética influye en:	a) Hipertensión b) Diabetes c) Infarto d) Todas las anteriores	☐
28	Un antecedente familiar de infarto aumenta:	a) Riesgo cardiovascular b) Nivel de colesterol c) Nivel de glucosa d) Ninguna	☐
29	La edad avanzada es:	a) Factor modificable b) Factor no modificable c) Complicación d) Ninguna	☐
30	El sexo femenino incrementa riesgo cardiovascular después de:	a) Menopausia b) Adolescencia c) Infancia d) Ninguna	☐

Interpretación de la clasificación del nivel de conocimiento:

- Alto: 22–30 puntos
- Medio: 11–21 puntos
- Bajo: 0–10 puntos

Sección 3: escala de autocuidado en enfermedades crónicas no transmisibles (25 ítems) Nunca (1) A veces (2) Frecuentemente (3) Siempre (4)

ÍTEM	PREGUNTA	1	2	3	4
1	Tomo mis medicamentos según lo indicado por el médico	☐	☐	☐	☐
2	Asisto puntualmente a mis controles médicos programados	☐	☐	☐	☐
3	Realizo actividad física al menos 30 minutos, 3 veces por semana	☐	☐	☐	☐
4	Limito el consumo de alimentos con alto contenido de grasas y sal	☐	☐	☐	☐
5	Evito el consumo de tabaco y alcohol	☐	☐	☐	☐
6	Mantengo una dieta rica en frutas y verduras	☐	☐	☐	☐
7	Evito bebidas azucaradas	☐	☐	☐	☐
8	Me peso regularmente para controlar mi estado nutricional	☐	☐	☐	☐
9	Sigo las recomendaciones dietéticas de mi médico	☐	☐	☐	☐
10	Evito el consumo de comida rápida	☐	☐	☐	☐
11	Camino o realizo ejercicio físico diariamente	☐	☐	☐	☐
12	Dedico tiempo a actividades recreativas	☐	☐	☐	☐
13	Me realizo controles de presión arterial periódicamente	☐	☐	☐	☐
14	Me realizo controles de glucosa según indicación médica	☐	☐	☐	☐
15	Acudo al médico cuando presento síntomas nuevos	☐	☐	☐	☐
16	Mantengo un registro de mis controles médicos	☐	☐	☐	☐
17	Monitoreo signos de alarma como dolor en el pecho o dificultad respiratoria	☐	☐	☐	☐
18	Informo a mi médico sobre cambios en mi estado de salud	☐	☐	☐	☐
19	Reconozco síntomas de descompensación de mi enfermedad	☐	☐	☐	☐
20	Busco atención médica inmediata ante síntomas graves	☐	☐	☐	☐
21	Practico técnicas de relajación para reducir el estrés	☐	☐	☐	☐
22	Dedico tiempo al descanso y sueño adecuado	☐	☐	☐	☐
23	Mantengo relaciones sociales que favorecen mi bienestar	☐	☐	☐	☐
24	Participo en actividades comunitarias o grupos de apoyo	☐	☐	☐	☐
25	Mantengo una actitud positiva frente a mi enfermedad	☐	☐	☐	☐

Interpretación de la clasificación del autocuidado:

Adecuado: 75–100 puntos / Regular: 50–74 puntos / Inadecuado: 25–49 puntos

ANEXO 3 CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título del estudio: CONOCIMIENTOS SOBRE FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR Y EL AUTOCUIDADO EN ADULTOS CON ENFERMEDADES CRONICAS NO TRANSMISIBLES, EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCION CARHUAZ, 2026

Investigador principal:

Institución:

Introducción: Se le invita a participar en un estudio de investigación científica cuyo objetivo es comprender cómo los conocimientos sobre salud cardiovascular influyen en las prácticas de autocuidado de adultos que, como usted, viven con enfermedades crónicas. Su participación nos ayudará a mejorar las estrategias de salud en el primer nivel de atención.

Procedimientos: Si decide participar, se le solicitará responder a un cuestionario que consta de dos secciones:

1. Preguntas sobre conocimientos respecto a factores de riesgo cardiovascular.
2. Preguntas sobre sus prácticas diarias de autocuidado. El tiempo estimado para completar esta encuesta es de aproximadamente [30] minutos.

Riesgos y beneficios:

- **Riesgos:** Este estudio no representa ningún riesgo físico para usted. Es posible que sienta una incomodidad mínima al tomarse el tiempo para responder, pero no hay procedimientos invasivos.
- **Beneficios:** No recibirá un beneficio directo inmediato por participar. Sin embargo, su aporte es fundamental para que el centro de salud pueda diseñar mejores programas de prevención y educación para los pacientes en Carhuaz.

Confidencialidad: Toda la información que usted proporcione será tratada de manera estrictamente confidencial y anónima. Los datos obtenidos se utilizarán únicamente con fines académicos y científicos, y no se identificarán sus datos personales en los resultados finales del estudio.

Participación voluntaria: Su participación es completamente voluntaria. Usted tiene el derecho de:

1. No participar en el estudio.
2. Retirarse en cualquier momento durante el proceso sin necesidad de dar explicaciones.

3. Negarse a responder cualquier pregunta que le resulte incómoda. El hecho de decidir no participar no afectará de ninguna manera la atención médica o el trato que usted recibe en este establecimiento de salud.

Contacto: Si tiene alguna duda sobre el estudio o desea consultar algo relacionado con su participación, puede contactar al investigador principal al teléfono o al correo electrónico

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

He leído (o me han leído) la información presentada anteriormente. He comprendido el objetivo del estudio y he tenido la oportunidad de realizar preguntas, las cuales han sido respondidas de forma satisfactoria. Comprendo que mi participación es voluntaria y que puedo retirarme en cualquier momento.

Por lo tanto, acepto voluntariamente participar en este estudio.

Firma o huella digital del participante

Fecha: //2026

Lugar: Carhuaz